

“应变”趋向正常,“筋出槽”得以回位“筋结聚”得以缓解或消除;局部瘀血肿胀内的“张力”得以下降消散,使炎性渗出和致痛物质迅速扩散稀释,促进血液循环特别是静脉血回流,更易于炎性渗出和致痛物质排除、吸收。从而解除肌肉痉挛,切断疼痛的恶性循环^[5],达到“顺筋”的目的,并获得滑利关节即“利节”的效果。

传统的“斜扳”手法通过“利节”达到“顺筋”治疗腰痛的目的,但其操作技术要求较高,医者除了需要较大的力量外,还要有多年的临床经验才能更好的实施。施术时患者必须侧卧体位,腰部随手法处于“被动动态”的“动态”下接受治疗,如果患者腰痛剧烈,或因恐惧产生抵抗,则会导致“斜扳”手法难以进行^[6]。若强行施术,则可使病情进一步加重,风险较大。在本观察病例中,斜扳手法对照组:加重5例(故改用提拿手法治疗,但不计入治疗组)。治疗组仅1例加重病例,也充分说明了这一点。在笔者查阅文献中也有因“斜扳手法”操作不当而造成医源性损伤的报道^[7]。

“提拿”手法是将祖国传统医学的“拿法”创造性地应用于治疗腰间盘突出症。以力学为基础,现代物理力学、生物力学理论阐明了“提拿”手法的作用机制及中医学“筋结聚”“筋出槽”“筋损节涩”“血瘀气滞”等病理机制。由于“提拿”手法反向施力反向施力即用力方向离心、向外、向上瞬间产生强大的“虹吸力”及“负压力”,变了传统主治推拿手法用力方向以

向心、向内、向下为主只产生“正压”而无瞬间产生强大的“虹吸力”及“负压力”的治疗方式,可以说是对传统常用推拿手法的颠覆地革命,亦是对中医学“顺筋利节”理论地践行及丰富,同时运用现代力学及现代语言阐述中医学“顺筋利节”理论合理性、指导性、易知性。更为主要的是反向施力“提拿”手法以“顺筋”达到“利节”与“斜扳”手法通过“利节”达到“顺筋”治疗腰痛的目的比较,两者作用机制不同,所以反向施力“提拿”手法较“斜扳”手法治疗腰腿痛更安全、有效,同时易于学习、易于掌握,故可作为中医适宜医疗技术推广普及。

参 考 文 献

- [1] 杜纯,叶肖琳,卢超叶,叶新苗.针药合用治疗腰椎间盘突出症经验.中华中医药杂志,2017,32(1):156-158
- [2] 国家中医药管理局.中医病症诊疗标准.南京:南京大学出版社,1994:200-201
- [3] 马连生,杨静宁,宋曦.理论力学.北京:科学出版社,2009:179
- [4] 田心,毕平.生物力学基础.北京:科学出版社,2007:112
- [5] 王勇,王强,邢宇庆,等.动态瞬间拉压整复术治疗腰椎间盘突出症的作用分析.中华中医药杂志,2016,31(12):5390-5392
- [6] 孙其斌,李艳萍,赵万,等.提拿手法治疗急性腰扭伤56例.中医研究,2015,28(10):59-61
- [7] 胡英同.腰椎“斜扳手法”致椎弓根骨折一例报告及体会.按摩与导引,1994,4(57):48

(收稿日期:2017年2月27日)

· 临床报道 ·

“三穴五针法”治疗寒饮伏肺型哮喘的多中心临床研究

张君^{1,2}, 邵素菊^{1,2}, 任重², 王培育^{1,2}, 华金双^{1,2}, 秦小永³, 王庆波⁴, 邵素霞²

(¹河南中医药大学, 郑州 450046; ²河南中医药大学第三附属医院, 郑州 450008; ³开封市中医院, 河南开封 475000; ⁴河南中医药大学第一附属医院, 郑州 450000)

摘要: 目的: 观察“三穴五针法”治疗寒饮伏肺型哮喘的临穴临床疗效。方法: 将210例患者随机分为试验组(105例)和对照组(105例)。试验组采用“三穴五针法”, 主穴取肺俞、大椎、风门; 对照组采用常规针刺法, 主穴取肺俞、中府、定喘等。两组均每日针1次, 连续治疗12d。结果: 试验组总有效率(96.94%)显著高于对照组(90.91%)($P < 0.01$)。治疗后两组症状体征总积分及肺功能比较, 试验组均优于对照组($P < 0.01$)。结论: “三穴五针法”治疗寒饮伏肺型哮喘疗效显著, 优于常规针刺法。

关键词: 哮喘; 寒饮伏肺; 三穴五针法; 针灸

基金资助: 河南省中医药科学研究专项课题(No.2013ZY02001), 河南中医学院博士基金资助课题(No.BSJJ201124), 国家中医药管理局河南邵氏针灸流派传承工作室建设项目(No.国中医药人教函[2012]228号)

通讯作者: 邵素菊, 河南省郑州市东明路63号河南中医药大学第三附属医院针灸门诊, 邮编: 450008, 电话: 0371-65680371
E-mail: shaosuju@163.com

Multi-central clinical research on asthma with clod fluid retained in lung treated with 'three acupoints and five needles therapy'

ZHANG Jun^{1,2}, SHAO Su-ju^{1,2}, REN Zhong², WANG Pei-yu^{1,2}, HUA Jin-shuang^{1,2},
QIN Xiao-yong³, WANG Qing-bo⁴, SHAO Su-xia²

(¹Henan University of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450046, China; ²The Third Affiliated Hospital of Henan University of TCM, Zhengzhou 450008, China; ³Kaifeng City TCM Hospital, Kaifeng 475000, China; ⁴The First Affiliated Hospital of Henan University of TCM, Zhengzhou 450000, China)

Abstract: Objective: To observe the clinical effects of the asthma with clod fluid retained in lung treated with 'three acupoints and five needles therapy'. Methods: Two hundred and ten cases were randomly divided into test group and control group, 105 cases in each group. The test group was treated with 'three acupoints and five needles therapy', and Feishu (BL13), Dazhui (GV14), Fengmen (BL12) were selected. The control group was treated with routine needling method, and Feishu (BL13), Dingchuan (EX-B1), Zhongfu (LU1) etc. were selected. The corresponding treatment was given once each day in the corresponding groups, and both lasted for 12 days. Results: The total effective rate of the experimental group (96.94%) was significantly higher than that of the control group (90.91%). After treatment, the total scores of symptoms and signs, pulmonary function in the test group were better than those in the control group ($P < 0.01$). Conclusion: The therapeutic effect of the asthma with cold fluid retained in lung treated with 'three acupoints and five needles therapy' is better than that of the routine needling method.

Key words: Asthma; Clod fluid retained in lung; Three acupoints and five needles therapy

Funding: Specific Project for Traditional Chinese Medicine Scientific Research of Henan Province (No.2013ZY02001), Doctoral foundation of Henan University of TCM (No.BSJJ201124), Henan Shao' Acupuncture Schools Inheritance Studio Construction Project of State Administration of Traditional Chinese Medicine (No.[2012]228)

哮喘是常反复发作的顽固性疾病,严重危害人们身心健康,给家庭及社会带来沉重的经济负担。丛舒等^[1]调查研究发现,我国18-45岁患病率约为0.38%,并伴有随年龄的增加逐渐升高的趋势。由于大气环境污染的加重,哮喘的发病率呈日益上升的趋势,引起世界各国的高度重视。目前,针灸疗法在防治哮喘方面的良好疗效得到了医学界的认可,因其疗效好、操作简便等特点深受患者的喜爱。2013年8月至2016年7月笔者在河南中医药大学第三附属医院(中心1)、开封市中医院(中心2)、河南中医药大学第一附属医院(中心3)3所医院对210例寒饮伏肺型哮喘患者进行多中心的随机盲法临床研究,报告如下。

资料

1. 一般资料 共有210例受试者入选本试验。其中,试验组105例,脱落7例,合格率为93.33%;对照组105例,脱落6例,合格率为94.29%。病例完成数目达到试验要求。3个中心试验组与对照组均为35例,中心1各脱落2例,合格率均为94.29%;中心2各脱落4、3例,合格率分别为88.57%、91.43%;中心3各脱落1例,合格率均为97.14%。本次试验病例数符合统计分析要求。

2. 两组患者 一般情况比较差异均无统计学意义,具有可比性,详见表1。

3. 诊断标准

3.1 中医诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]寒饮伏肺型^[3]:遇寒触发,胸膈满闷,呼吸急促,或喉中痰鸣,咯痰稀白,初起多兼恶寒发热,头痛无汗,鼻流清涕,舌淡苔白滑,脉浮紧。

3.2 西医诊断标准 参照《支气管哮喘防治指南》^[4]。

3.3 临床病情分度标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5],根据急性发作期的临床特点,将病情分度为轻度、中度、重度、危重。

4. 纳入标准 凡符合中、西医哮喘诊断标准及中医辨证分型者均可纳入;年龄在18-65岁的患者;签署知情同意书者。

5. 排除标准 年龄不符合要求者;不符合诊断及分型标准者;其他疾病引起喘息、胸闷、气促等症状者;已接受其他治疗,可能影响本研究的观测指标者;有肝、肾、心脑血管等严重原发性疾病患者;无自制力的患者;妊娠期和哺乳期患者;有针刺禁忌症的患者。

6. 脱落标准 临床研究过程中失访者;治疗过程中自动退出者;或发生意外情况而不能坚持接受治疗者;临床研究过程中依从性差,资料不完整者。

7. 盲法设计 根据针灸的特殊治疗特点,采用单盲法进行研究。随机分组由设计者完成,然后用不透光的牛皮随机信封,将治疗方案隐藏在信封里,根据患者就诊的顺序对信封进行编号。临床观察时有专门的观察医师根据随机数字表的分组进行观察,而患者不知道自己属于何组。观察完成后,临床观察表统一由专人负责数据处理和统计学评价。观察结果揭晓后再进行科研总结,以避免人为因素对观察结果的影响。

方法

1. 分组治疗

1.1 试验组 主穴:肺俞、大椎、风门;配穴:心悸配心俞、

内关、痰多配中脘、足三里；咳甚配尺泽、太渊；痰壅气逆配天突、膻中。

操作方法：根据患者的身体状况，选取端坐位或侧卧位。进针前先在穴位处用酒精棉球消毒，然后根据患者胖瘦适当掌握刺入深度。肺俞、心俞、风门、内关均直刺，选用长1寸毫针，刺入0.5–0.8寸；大椎、中脘、尺泽采用直刺，选用长1.5寸毫针，刺入1–1.2寸；太渊、膻中选用1寸毫针，太渊直刺，刺入0.3–0.4寸，膻中沿皮平刺，刺入约0.8寸；足三里直刺，选用2寸毫针，刺入1.2–1.5寸。天突采用点刺不留针法，用1.5寸毫针，先直刺0.2–0.3寸，然后调整针尖的方向，紧贴胸骨后方、气管前方刺入1–1.2寸，得气后即拔针。

1.2 对照组 ①取穴^[3]：主穴：肺俞、中府、天突、膻中、孔最、定喘、丰隆、风门、太渊。配穴及操作同试验组。中府在胸前壁外上方，用1寸毫针向外斜刺或平刺0.5–0.8寸。本穴内部为肺脏，禁向内深刺。孔最用1.5寸毫针，直刺0.5–1.0寸。定喘用1寸毫针，直刺0.5–0.8寸。丰隆用1.5寸毫针，直刺1.0–1.3寸。余穴同试验组操作方法。

两组均1次/d，30min/次，行针每隔10min 1次，行提插捻转泻法。针后于大椎、肺俞各加拔一火罐。两组均连续治疗12次后评定疗效。

2. 疗效观察

2.1 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]，临

床痊愈：临床症状、体征消失或基本消失，证候积分减少 $\geq 95\%$ ；显效：临床症状、体征明显改善， $70\% \leq$ 证候积分减少 $< 95\%$ ；有效：临床症状、体征均有好转， $30\% \leq$ 证候积分减少 $< 70\%$ ；无效：临床症状、体征无明显改善，甚或加重，证候积分减少 $< 30\%$ 。

2.2 中医症状体征总积分 根据哮喘症状分级量表^[5]，对哮喘6项中医症状进行分级量化，轻度计1分，中度计2分，重度计3分。

2.3 肺功能检测 一秒钟用力呼气容积 (forced vital capacity, FEV₁)、最大呼气流量 (peak expiratory flow rate, PEF)。

3. 统计学方法 采用SPSS 16.0软件进行统计学处理，计数资料用 χ^2 检验；计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示，服从正态分布用 t 检验，不服从正态分布用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

结果

1. 两组患者临床疗效比较 见表2。试验组临床痊愈46例，显效39例，有效10例，无效3例，总有效率为96.94%；对照组临床治愈23例，显效43例，有效24例，无效9例，总有效率为90.91%。试验组疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。

2. 两组症状体征总积分比较 见表3。两组治疗前和治疗后第3、6、9、12天，自身比较，临床症状体征疗效总积分均有显著性差异 ($P < 0.01$)；组间比较，试验组患者第6、9、12天治疗

表1 两组患者一般情况比较

组别	例数	性别 (例)		年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	病程 ($\bar{x} \pm s$, 年)	病情分布 (例)		
		男	女			轻度	中度	重度
对照组	99	43	56	47.14 $\pm$ 14.20	8.53 $\pm$ 7.50	53	45	1
试验组	98	39	59	45.50 $\pm$ 13.89	8.62 $\pm$ 8.14	54	43	1

表2 两组中医证候疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	99	23 (23.23)	43 (43.43)	24 (24.24)	9 (9.09)	90 (90.91)
试验组	98	46 (46.94)	39 (39.79)	10 (10.20)	3 (3.06)	95 (96.94)**

注：与对照组比较，** $P < 0.01$ 。

表3 治疗前后症状体征总积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后			
			第3天	第6天	第9天	第12天
对照组	99	9.08 $\pm$ 2.38	7.72 $\pm$ 2.47**	5.93 $\pm$ 2.15**	4.23 $\pm$ 2.05**	2.75 $\pm$ 2.62**
试验组	98	9.29 $\pm$ 2.46	7.04 $\pm$ 2.42**	5.05 $\pm$ 2.20** $\Delta\Delta$	2.97 $\pm$ 1.93** $\Delta\Delta$	1.36 $\pm$ 1.89** $\Delta\Delta$

注：与本组治疗前比较，** $P < 0.01$ ；与对照组同期比较， $\Delta\Delta P < 0.01$ 。表4–表5同。

表4 两组肺功能FEV₁比较 ($\bar{x} \pm s$, %)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值	自身治疗前后比较		差值比较	
					t 值	P 值	t 值	P 值
对照组	99	68.07 $\pm$ 14.74	79.01 $\pm$ 14.69**	10.93 $\pm$ 10.85	-10.027	0.00	4.330	0.000
试验组	98	68.98 $\pm$ 11.74	87.59 $\pm$ 13.07** $\Delta\Delta$	18.61 $\pm$ 14.51*	-12.698	0.00		

表5 两组肺功能PEF比较($\bar{x} \pm s$, %)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值	自身治疗前后比较		差值比较	
					t值	P值	t值	P值
对照组	99	66.35±16.26	74.56±16.10**	8.22±12.18	-6.713	0.00	6.138	0.000
试验组	98	67.85±11.97	87.74±12.38**△△	19.90±12.19**	16.158	0.00		

后症状体征总积分优于对照组($P<0.01$)。

3. 两组治疗前后对肺功能(FEV_1 、PEF)比较 见表4~表5。两组肺功能(FEV_1 、PEF)自身治疗前后比较,差异有统计学意义($P<0.01$);组间比较,有显著性差异($P<0.01$)。

4. 不良反应比较 治疗期间两组均无不良反应发生。

讨论

哮喘又称“哮证”“喘证”,因“哮必兼喘”,故一般统称“哮喘”。其基本病理变化为“伏痰”遇感引触、痰气互结、肺失宣降,而致痰鸣气息喘急。寒饮伏肺型哮喘多因感受风寒之邪,寒入肺脏,肺失清肃,气逆而上而发;或寒饮内生,遇诱因而触发。如《灵枢·邪气脏腑病形》:“形寒寒饮则伤肺,以其两寒相感,中外皆伤,故气逆而上行”。如洪广祥教授认为,阳气虚弱是哮喘发病的内因^[6];杨好俭等^[7]调查发现,80%以上的哮喘患者都有初感寒邪的病史。

本研究采用著名针灸大家邵经明教授的“三穴五针法”治疗寒饮伏肺型哮喘取得了很好疗效,它以肺俞(双)、大椎、风门(双)为主穴,同时根据患者病情不同配合不同腧穴。肺俞是肺脏精气输注于背部的穴位,具有调肺气、止咳嗽、实腠理的作用,对于肺系病症无论寒热虚实皆可应用。邵经明等^[8]通过临床研究发现肺俞在平喘效应方面优于大椎、风门穴。大椎为诸阳之会,是手足三阳经与督脉交会穴,统领一身之阳气,邵老根据自己多年的临床经验提出大椎不仅可疏风解表、通阳散寒、清热退烧,而且还有理气降逆、宣肺平喘的作用。如郭继红等^[9]对针刺大椎治疗哮喘的时效性进行研究,发现针刺可不同程度降低致敏豚鼠血清中IL-4和TNF含量。风门为外邪侵袭人体之门户,故名风门,是足太阳膀胱经与督脉之交会穴,故具有疏散风寒、清泻邪热、调理肺气、止咳平喘功能。因太阳主一身之表,而督脉统摄诸阳经,故由外邪束于太阳、督脉之证皆可取风门。故三穴共伍具有调理肺气、止哮喘的作用。如邵素菊等^[10]证实了本法具有增强肺功能,改善患者症状体征的作用。王宇等^[11]研究发现,针刺三穴可降低气道阻力,抑制哮喘气道重建,抑制气道平滑肌增生。邵素菊等^[12]研究发现,针刺三穴具有很好地改善哮喘患者症状体征的作用。

本课题采用平行对照、随机数字分组、盲法、多中心临床试验的设计方法,遵守循证医学原则,运用“三穴五针法”治

疗寒饮伏肺型哮喘,将寒饮伏肺型哮喘症状分级量化指标、肺功能检测引入寒饮伏肺型哮喘的疗效评价体系中,研究结果表明,两组总有效率分别为96.94%和90.91%,说明两种治疗方法均有效,且试验组有效率更高。同时,两组患者治疗后症状体征总积分、肺功能均得到改善,且试验组明显优于对照组($P<0.01$)。因此,本研究“三穴五针法”治疗寒饮伏肺型哮喘显示出了较好的疗效,且无不良反应,安全性高。再次证实了“三穴五针法”治疗哮喘具有很好的疗效和临床实用价值,便于更进一步的推广应用。

参考文献

- [1] 丛舒,方利文,冯雅靖,等.我国成年人支气管哮喘患病状况及影响因素分析.中国健康教育,2015,31(5):435-438,455
- [2] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准.南京:南京大学出版社,1994:8-9
- [3] 王启才.针灸治疗学.北京:中国中医药出版社,2007:103-105
- [4] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组.支气管哮喘防治指南(支气管哮喘的定义、诊断、治疗和管理方案).中华哮喘杂志(电子版),2008(1):3-13
- [5] CFDA.中药新药临床研究指导原则.北京:中国医药科技出版社,2002:60-66
- [6] 杨玉萍.对洪广祥教授关于气阳虚弱为哮喘发病内因理论思考.中华中医药杂志,2016,31(11):4437-4438
- [7] 杨好俭,王长录,刘际美.寒哮夙根初探.河南中医药学刊,2000,15(5):4-5
- [8] 邵经明,丁一丹.针灸治疗哮喘111例临床观察.中医杂志,1985,26(5):47-48
- [9] 郭继红,马惠芳,吕海波,等.不同针刺时间对致敏豚鼠血清IL-4和TNF影响的实验研究.北京中医药大学学报(中医临床版),2006,13(5):10-12
- [10] 邵素菊,权春分,邵素霞,等.“邵氏五针法”治疗急性发作期哮喘:多中心随机对照研究.中国针灸,2013,33(9):774-778
- [11] 王宇,孙婧,金融,等.针刺对哮喘大鼠气道重建模型气道平滑肌细胞T型钙通道蛋白表达的影响.中国针灸,2012,32(6):534-540
- [12] 邵素菊,华金双,秦小永,等.“五针法”对肺脾亏虚型哮喘症状体征改善的临床研究.中华中医药杂志,2011,26(11):2755-2757

(收稿日期:2016年12月29日)